

(宛先) 狭山市長

同意書

こども医療費の支給にあたり、高額療養費及び附加給付金の内容に係る全件（含む世帯合算等）について、関係する全国健康保険協会（社会保険庁）・健康保険組合等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (加入者) (印)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

住所 埼玉県狭山市 \_\_\_\_\_

電話番号 (連絡先) \_\_\_\_\_ ( )

保険証記号番号 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_

こども医療費受給者番号 

--	--	--	--	--	--	--	--

対象児氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 平成・令和 年 月 日